

Infermieristica della salute mentale



Corso di Laurea in infermieristica
A.A. 2016/2017
Dr. Gianfranco Preiti

La percezione dei professionisti: analisi della situazione nel DSM-DP di Bologna

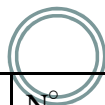


Questionario composto da 11 domande rivolto a infermieri, educatori AS OSS dell'area psichiatria adulti: CSM, DH, Residenze, SPDC:

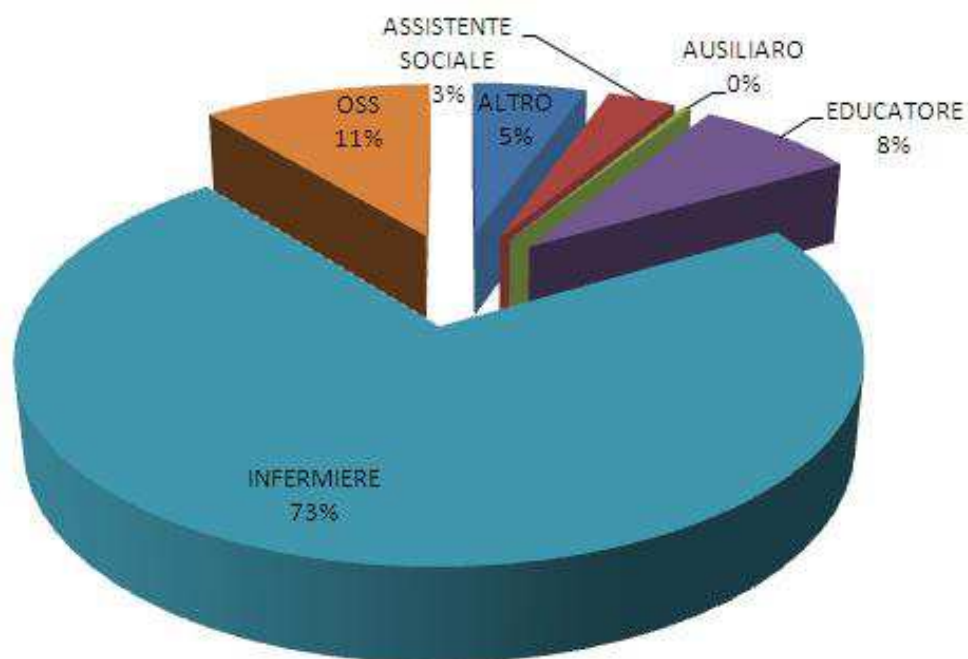
Somministrato da Vincenza Napoli studentessa laureata aprile 2014 a 356 figure professionali afferenti al comparto

figura professionale	CSM	SPDC	RESIDENZE	TOTALE
INFERMIERI	159	62	44	265
EDUCATORI	34		4	38
OSS	8	11	12	31
ALTRO (ASS. SOC. ETC)	19	1	2	22
TOTALE	220	74	62	356

DESCRIZIONE CAMPIONE



STRUTTURA	N°
CSM	178
SPDC	68
RESIDENZE	31
TOTALE	277



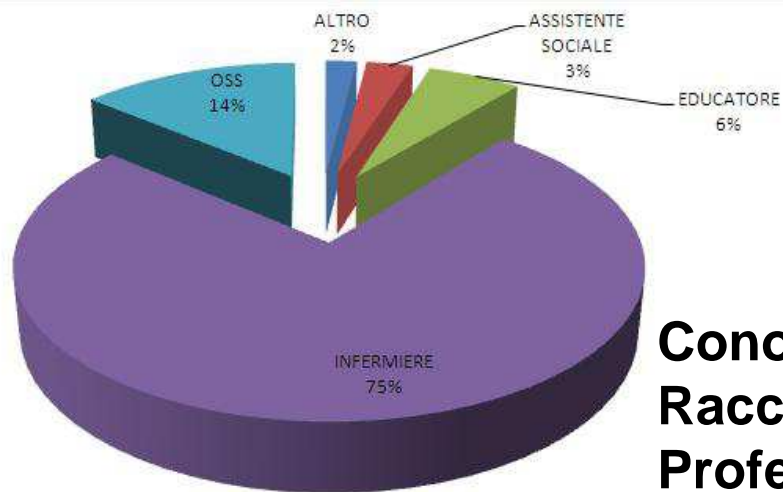
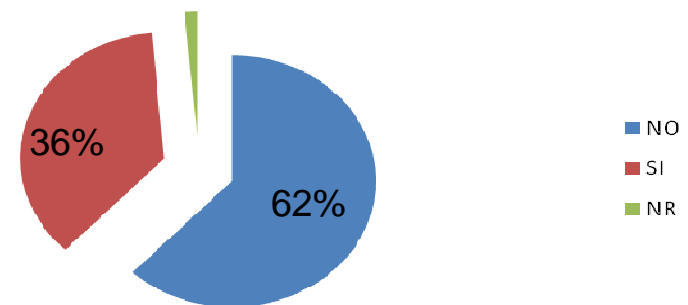
I DATI 1

5) E' A CONOSCENZA DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE PER LA PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI SANITARI?

☐ SI ☐ NO

Racc. Ministeriale	N°
NO	172
SI	101
NR	4
TOTALE	277

Conoscenza della Raccomandazione Ministeriale



Conoscenza della Raccomandazione per Professione

I DATI 2

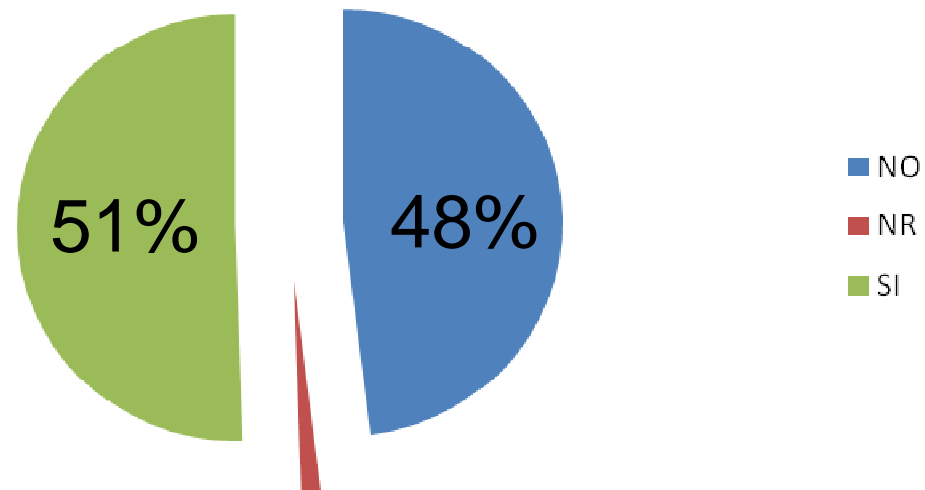
DIMENSIONE DEL PROBLEMA NEL DSM-DP



7) E' MAI STATO VITTIMA DI COMPORTAMENTI VIOLENTI?

☐ SI ☐ NO

Vittima di comportamenti violenti



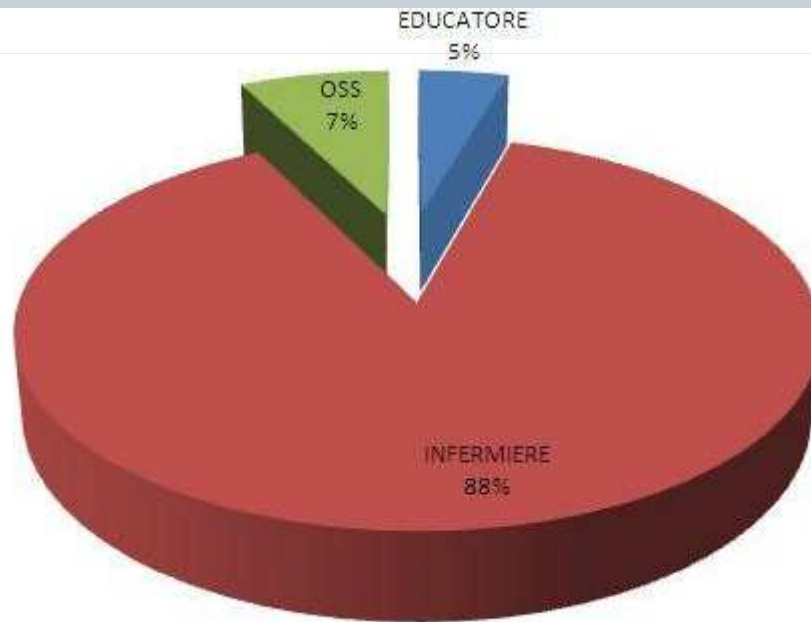
I DATI 3



6) E' STATO VITTIMA DI COMPORTAMENTI VIOLENTI NEGLI ULTIMI 2 ANNI?

☐ SI ☐ NO

risposte	ALTRO	ASS. SOC.	AUS.	ED. PROF.	INF.	OSS	TOT.
NO	15	9	1	18	140	24	207
NR				1	2		2
SI				3	59	5	67



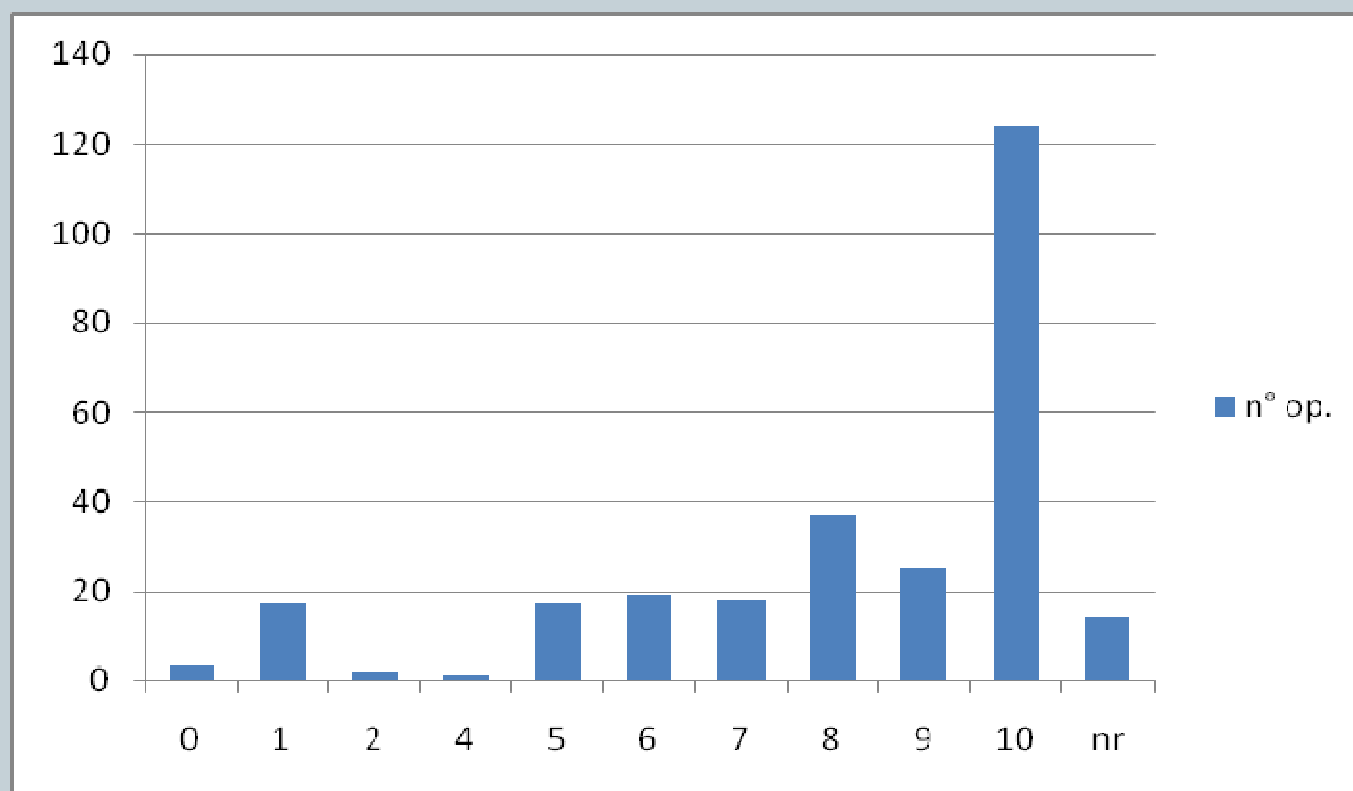
Distribuzione per professione degli operatori che hanno subito violenza negli ultimi due anni

I DATI 4

RIFLESSIONI PER L'ADOZIONE DI STRUMENTI E SCALE PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI AGGRESSIONE

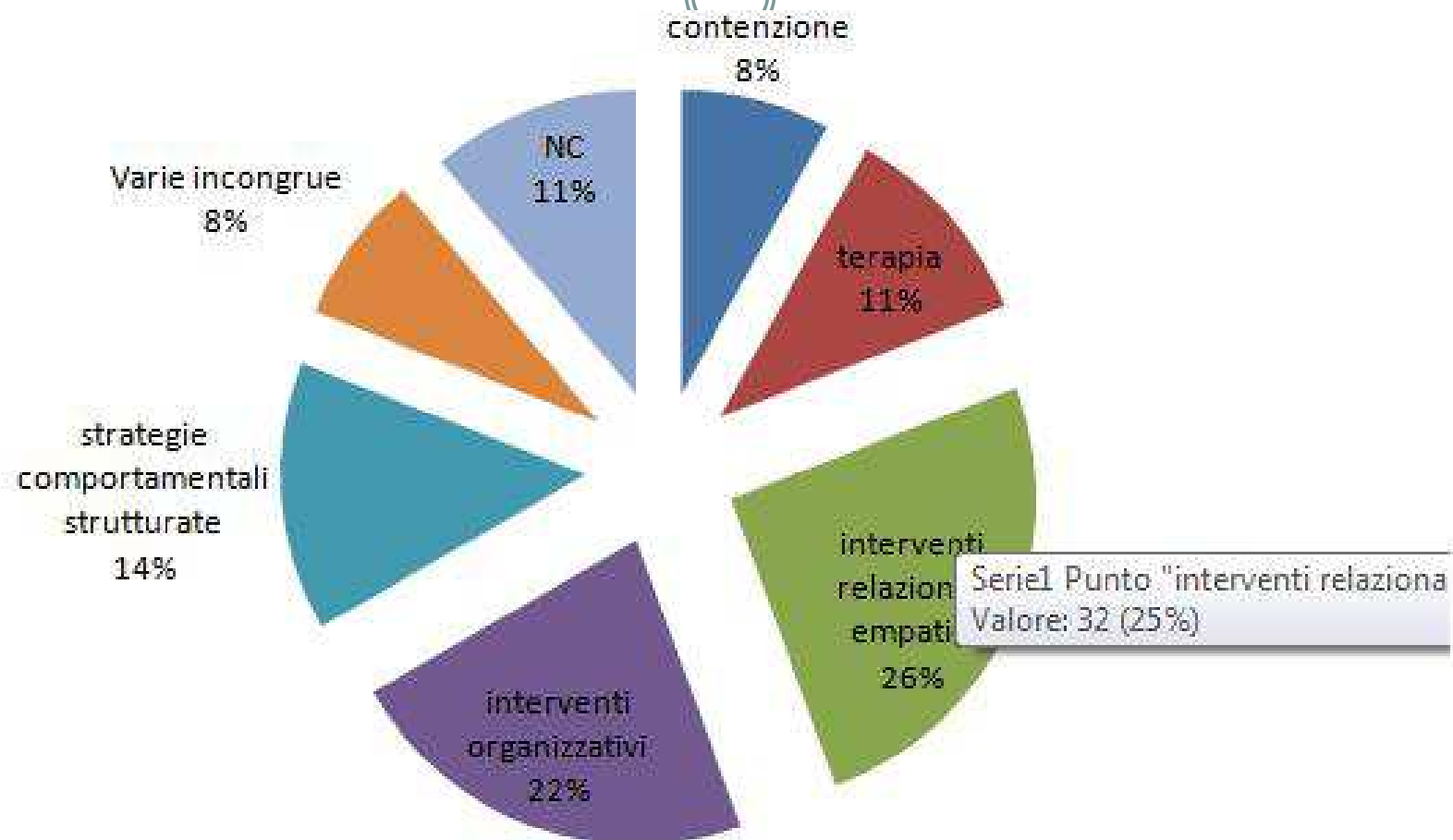
10) SECONDO LEI PUO' ESSERE UTILE UNO STRUMENTO DI RILEVAZIONE DEI COMPORTAMENTI VIOLENTI?

1 NO	2	3	4	5	6	7	8	9	10 SI
------	---	---	---	---	---	---	---	---	-------



I DATI 5

STRATEGIE PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI AGGRESSIONE



OVERT AGGRESSION SCALE OAS - # 755		
Cognome e Nome.....		Data di nascita.....
Codice Paziente.....	Valutatore.....	Data valutazione.....
Turno: <input type="checkbox"/> Notte <input type="checkbox"/> Giorno <input type="checkbox"/> Sera <input type="checkbox"/> Segnare qui se durante il turno non si sono verificati comportamenti aggressivi (verbali o fisici) contro se stesso, gli altri o gli oggetti.		
COMPORTAMENTO AGGRESSIVO (segnare tutto ciò che è pertinente)		
AGGRESSIVITÀ VERBALE		AGGRESSIVITÀ FISICA AUTODIRETTA
<input type="checkbox"/> Fa grandi schiamazzi, grida in modo irato <input type="checkbox"/> Grida insulti personali lievi (per es., "Sei stupido!") <input type="checkbox"/> Impreca in maniera rabbiosa, nella rabbia usa un linguaggio osceno, fa minacce non particolarmente serie verso gli altri o se stesso <input type="checkbox"/> Fa serie minacce di violenza verso gli altri ("Ti uccido!"), o chiede di essere aiutato a controllarsi		<input type="checkbox"/> Si gratta o si sgraffia, si picchia, si strappa i capelli (senza o solo con minime lesioni) <input type="checkbox"/> Sbatte la testa, colpisce gli oggetti con i pugni, si butta per terra o contro gli oggetti (si ferisce senza gravi danni) <input type="checkbox"/> Piccoli tagli o ammaccature, lievi bruciature <input type="checkbox"/> Si provoca mutilazioni, si fa tagli profondi, si morde a sangue, si provoca danni interni, fratture, perdita di coscienza, perdita di denti
AGGRESSIVITÀ FISICA CONTRO GLI OGGETTI		AGGRESSIVITÀ FISICA CONTRO LE ALTRE PERSONE
<input type="checkbox"/> Sbatte la porta, butta all'aria i vestiti, crea disordine <input type="checkbox"/> Getta a terra gli oggetti, prende a calci i mobili senza romperli, sporca il muro <input type="checkbox"/> Rompe gli oggetti, manda in frantumi le finestre <input type="checkbox"/> Appicca il fuoco, scaglia oggetti in modo pericoloso		<input type="checkbox"/> Fa gesti minacciosi, agita i pugni verso gli altri, agguanta gli altri per i vestiti <input type="checkbox"/> Percuote, tira calci, spintona, tira i capelli (senza fare danni) <input type="checkbox"/> Aggredisce gli altri provocando loro danni fisici moderato/lievi (ammaccature, distorsioni, lividi) <input type="checkbox"/> Aggredisce gli altri causando loro gravi danni fisici (fratture, ferite profonde, lesioni interne)
L'episodio è iniziato alle ore ____ . ____ AM/PM ed è durato ____ , ____ (h/min)		
INTERVENTI (segnare tutto ciò che è pertinente)		
<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Parlato con i familiari <input type="checkbox"/> Stretta sorveglianza <input type="checkbox"/> Tenere fermo il paziente	<input type="checkbox"/> Terapia immediata per os <input type="checkbox"/> Terapia immediata im/iv <input type="checkbox"/> Separazione senza rinchiudere il p. (durata)	<input type="checkbox"/> Uso di contenzione <input type="checkbox"/> Le lesioni richiedono una terapia immediata per il p. <input type="checkbox"/> Le lesioni richiedono una terapia immediata per altre persone

SCALA DI VALUTAZIONE DELL'AGGRESSIVITA' (MOAS)

INGRESSO ☐ 4° GIORNO ☐ 8° GIORNO ☐ ☐

DATA _____

COGNOME _____ NOME _____

OPERATORE _____

ISTRUZIONI: Per ciascuna categoria di comportamento aggressivo, descrivere il più grave atto di aggressione commesso dal paziente durante le ultime 24 ore selezionando il massimo grado di valutazione applicabile.

AGGRESSIVITA' VERBALE <i>(ostilità verbale, quali affermazioni o invettive con l'intento di provocare danno psicologico verso un'altra persona attraverso la umiliazione e la mortificazione, nonché le minacce di aggressione fisica)</i>	AUTOAGGRESSIONE <i>(Lesioni fisiche provocate contro la propria persona, quali l'automutilazione e il tentativo di suicidio)</i>
<input type="checkbox"/> 0. Nessuna aggressione verbale <input type="checkbox"/> 1. Urla arrabbiato, impreca moderatamente o rivolge insulti personali <input type="checkbox"/> 2. Impreca in modo rabbioso, insulta gravemente, ha scatti di ira <input type="checkbox"/> 3. D'impulso minaccia violenza verso se stesso o altri <input type="checkbox"/> 4. Minaccia violenza verso se stesso o altri ripetutamente o deliberatamente (per esempio per ottenere sesso o denaro)	<input type="checkbox"/> 0. Nessuna autoaggressione <input type="checkbox"/> 1. Si gratta o si graffia la pelle, si strappa i capelli, si colpisce (senza provocarsi lesioni) <input type="checkbox"/> 2. Si dà pugni in testa, dà pugni al muro, si butta per terra <input type="checkbox"/> 3. si procura tagli superficiali, lividi, bruciature o abrasioni <input type="checkbox"/> 4. Si procura lesioni di grave entità o tenta il suicidio
AGGRESSIONE CONTRO LA PROPRIETA' <i>(Distruzione sconsiderata e deliberata di oggetti del reparto e di altre persone)</i>	AGGRESSIONE FISICA VERSO ALTRE PERSONE <i>(Azione violenta intesa a provocare dolore, danno fisico o morte di un'altra persona)</i>
<input type="checkbox"/> 0. Nessuna aggressione contro la proprietà <input type="checkbox"/> 1. Sbatte la porta con rabbia, strappa i vestiti, orina sul pavimento <input type="checkbox"/> 2. Butta gli oggetti per terra, sferza icalci al mobilio, deturpa le pareti <input type="checkbox"/> 3. Rompe oggetti, rompe i vetri delle finestre <input type="checkbox"/> 4. Appicca incendi, scaglia oggetti in maniera pericolosa	<input type="checkbox"/> 0. Nessuna aggressione fisica <input type="checkbox"/> 1. Fa gesti di minaccia, scatta verso le persone, afferra gli indumenti <input type="checkbox"/> 2. Colpisce, calcia, spintona, graffia e tira i capelli agli altri (senza provocare lesioni) <input type="checkbox"/> 3. attacca altre persone, causando lesioni modeste (lividi, distorsioni, abrasioni, etc.) <input type="checkbox"/> 4. Attacca altre persone, procurando lesioni di grave entità (fratture, perdita di denti, tagli profondi, perdita di coscienza etc.)

Infermieristica della salute mentale



Corso di Laurea in infermieristica
A.A. 2016/2017
Dr. Gianfranco Preiti

L'aggressività in psichiatria

COME AFFRONTARLA ???



Cosa è l'aggressività ?

- ✓ **COMPORTAMENTO INNATO E COMUNI A TUTTI GLI INDIVIDUI, CHE VIENE POI MODULATO DALL'ESPERIENZA**
- ✓ **FUNZIONE POSITIVA: GARANTIRE LA RISPOSTA AI PROPRI BISOGNI VITALI DIFENDENDOSI DAI PERICOLI**
- ✓ **NELL'ADULTO L'AGGRESSIVITÀ SI MANIFESTA VERBALMENTE OPPURE VIENE INCANALATA NELLO SPORT O NEL GIOCO**
- ✓ **UTILIZZARE L'AGGRESSIVITÀ IN MANIERA PROPORZIONALE ALLA SITUAZIONE**
- ✓ **NON SONO ADEGUATI: AGITI VIOLENTI/NON SI ARRABBIA MAI (PAURA DELLE PROPRIE ESPLOSIONI)**

Esiste un legame fra aggressività e malattia mentale?

LA MAGGIORANZA DEGLI STUDI CONFERMA CHE IL RAPPORTO ESISTE ED È TANTO PIÙ EVIDENTE PER I DISTURBI MENTALI A PROGNOSI PIÙ SEVERA, COME LA SCHIZOFRENIA E LE PSICOSI, I GRAVI DISTURBI DELLA PERSONALITÀ E IN INDIVIDUI TOSSICODIPENDENTI O ETILISTI

***FATTORI DI RISCHIO:* ANAMNESI POSITIVA PER EPISODI DI VIOLENZA O PER ALTRO TIPO DI COMPORTAMENTO IMPULSIVO, ABUSO INFANTILE, COMORBILITÀ, TRATTI DI PERSONALITÀ, LUNGA OSPEDALIZZAZIONE**

***FATTORI LEGATI AI CURANTI:* IMPERIZIA E AMBIVALENZA, INESPERIENZA, PAURA DEL PAZIENTE E NECESSITÀ DI COMPRENDERE L'AGITO PORTANO AD UN INTERVENTO TERAPEUTICO VISSUTO COME PUNIZIONE**

L'AGGRESSIVITA'

Quando diventa aggressivo?

può usare la violenza in risposta a stimoli frustranti, per difesa dagli altri che percepisce come pericolosi o per dimostrare di essere ancora vivo (Searles primo Novecento)

Come contenere la violenza?

- ✓ preparazione professionale
- ✓ non avere paura: (la paura dell'operatore aumenta l'aggressività del paziente, la non paura lo seda; attacco all'operatore perché smarrito incapace di gestire le tensioni aggressive)

Aggressività: salvaguardia dell'incolumità degli operatori

➤ **SOSTEGNO DI UN AMBIENTE FAVOREVOLE**

➤ **SUPPORTO DAI COLLEGHI**

➤ **MODALITÀ DI INTERVENTO CONCORDATE CON LA PSICHIATRA**



L'AGGRESSIVITA'

- ✓ Prevenire la nascita della crisi di agitazione psicomotoria (paziente conosciuto intervento di prevenzione su di un bisogno insoddisfatto)
- ✓ Organizzazione logistica (luogo idoneo a contenere la crisi e ridurre l'aggressività utilizzando, solo se necessario, mezzi di contenzione psichici, farmacologici e fisici in Spdc)
- ✓ Evitare atteggiamenti reattivi (vissuto punitivo aumento dell'aggressività)
- ✓ Atteggiamento calmo e disponibile

Un atteggiamento realmente contenitivo aiuta il paziente a difendersi dalla sua aggressività e a riprenderne il controllo

L'AGGRESSIVITA'

- ✓ Spazio terapeutico: ambiente che permetta al paziente di vivere i propri impulsi e restituzione degli stessi “evaporati” dai componenti distruttivi e trasformati in modalità emotive più fruibili

Il paziente si sente protetto se tollerato dagli operatori, se non sono spaventati o ascoltano le sue richieste senza oppressione

CONTENZIONE



- FISICA
- MECCANICA
- FARMACOLOGICA/CHIMICA

La contenzione fisica



✓ **CONTENZIONE FISICA A VOLTE
NECESSARIA IN SITUAZIONI
PARTICOLARI**

✓ **LE TECNICHE CONTENITIVE
REGOLAMENTATE DA PROCEDURE ED
UTILIZZATE ESCLUSIVAMENTE “PER LA
PREVENZIONE DI UN DANNO
IMMINENTE AL PAZIENTE O VERSO
ALTRI, QUANDO NON VI SIANO
DIFFERENTI STRUMENTI DI
CONTROLLO EFFICACI E APPROPRIATI”**

La contenzione meccanica: ruolo dell'infermiere

✓SPIEGARE I MOTIVI DELLA CONTENZIONE

✓ESEGUITA DA ALMENO 5 OPERATORI PER INCENTIVARE LA COLLABORAZIONE

✓OGNI OPERATORE DOVREBBE TENERE UN ARTO E UNO PROTEGGERE LA TESTA

✓DISPONIBILITÀ DELL'INTERVENTO FARMACOLOGICO DA SOMMINISTRARE AL TERMINE DELLA CONTENZIONE IN CASO DI PROLUNGAMENTO DELL'AGITAZIONE

✓I PAZIENTI INTOSSICATI VANNO CONTENUTI SUL DECUBITO DI SINISTRA E CONTROLLATI ADEGUATAMENTE, PER EVITARE L'ASPIRAZIONE DELLA SOSTANZA TOSSICA

La contenzione meccanica: ruolo dell'infermiere

✓CONTROLLARE AD INTERVALLI COMFORT E SICUREZZA DELLE CINGHIE DI TELA

✓POSIZIONARE GLI ARTI IN MODO DA NON PRODURRE TRAZIONE SUI NERVI O LESIONI DA COMPRESSIONE

✓LA RIMOZIONE DELLA CONTENZIONE VA EFFETTUATA IN PRESENZA DI ADEGUATI COMPORTAMENTI DELLO STAFF

✓SE PERSISTE PER ORE VALUTARE LA POSSIBILITÀ DI MOBILIZZARE PASSIVAMENTE IL PAZIENTE E, IN PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO, L'IMPIEGO DELL'EPARINA

Infermieristica della salute mentale



Corso di Laurea in infermieristica
A.A. 2016/2017
Dr. Gianfranco Preiti



Contenzioni meccaniche











Il problema delle contenzioni

- Dibattito sempre aperto
- Discussione nei lavori preparatori della II Conferenza Regionale
- Recepito nel PASM 2009-2011
- Estrema variabilità di pratiche in RER
- Esistenza di protocolli operativi

CIRCOLARE 16/09

Basata su:

Lavori del Piano Attuativo

Lavori del Gruppo di lavoro su E-U

Lavori della Commissione di indagine

Inviata per osservazioni a tutti i DSM-DP e Direzioni sanitarie

Background

- notevole difformità nel ricorso alla contenzione fisica tra i vari SPDC;
- protocolli molto difformi;
- In alcuni casi protocollo non ha sufficiente diffusione;
- attenzione agli aspetti internistici ed alla farmacoterapia psichiatrica;
- registrazione, revisione individuale e revisione periodica di tutti gli eventi di contenzione;
- attenzione ad aspetti organizzativi.

Punti qualificanti

- La contenzione non è un atto medico
- E' un evento che deve far scattare un alto livello di attenzione e sorveglianza
- Occorre perseguire l'obiettivo di limitarla alle condizioni effettivamente necessarie e per il minor tempo possibile
- Il suo monitoraggio richiede il coinvolgimento della UO Gestione del rischio e di professionisti esterni al SPDC

Raccomandazioni - 1

- Gruppo di lavoro di 6-7 persone
- Registro
 - Nome e cognome
 - problema per il quale viene determinata la contenzione,
 - valutazione medica, opzioni alternative,
 - ora di inizio
 - misure assistenziali richieste, con indicazione dell'operatore incaricato di effettuarle ed orari di effettuazione,
 - misure mediche adottate per la profilassi delle complicanze,
 - ora di cessazione della contenzione.
- Minori
- obiettivo di budget delle UO SPDC;
- bilancio di missione aziendale.

Raccomandazioni - 2

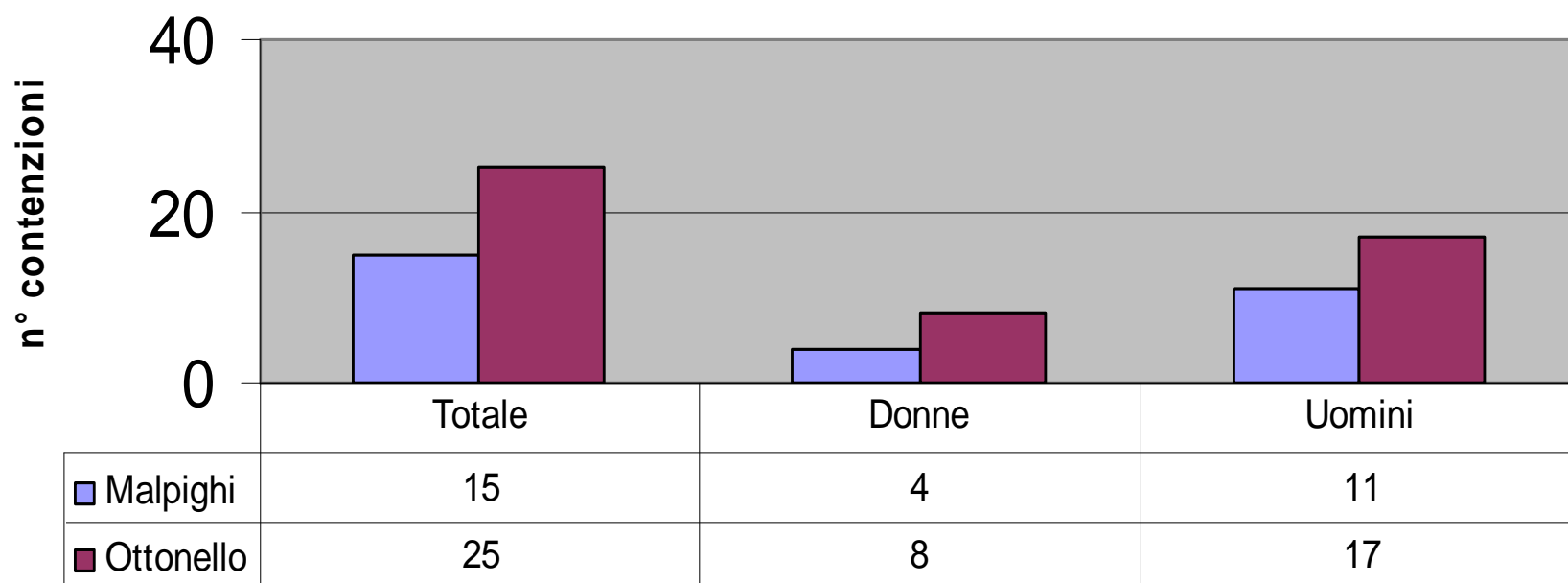
contenzioni che si prolungano oltre le 24

- segnalate alla Direzione Sanitaria di Presidio o Aziendale
- alla UO Gestione del Rischio.
- attivata entro 12 ore una riunione di audit clinico con personale della UO Gestione del rischio e del DSM-DP non appartenente al SPDC;
- Tutte le contenzioni riesaminate ogni sei mesi da parte del gruppo di lavoro che ha redatto e mantiene le procedure, con il contributo di personale del DSM-DP esterno al SPDC, della Direzione Sanitaria e della UO Gestione del Rischio;

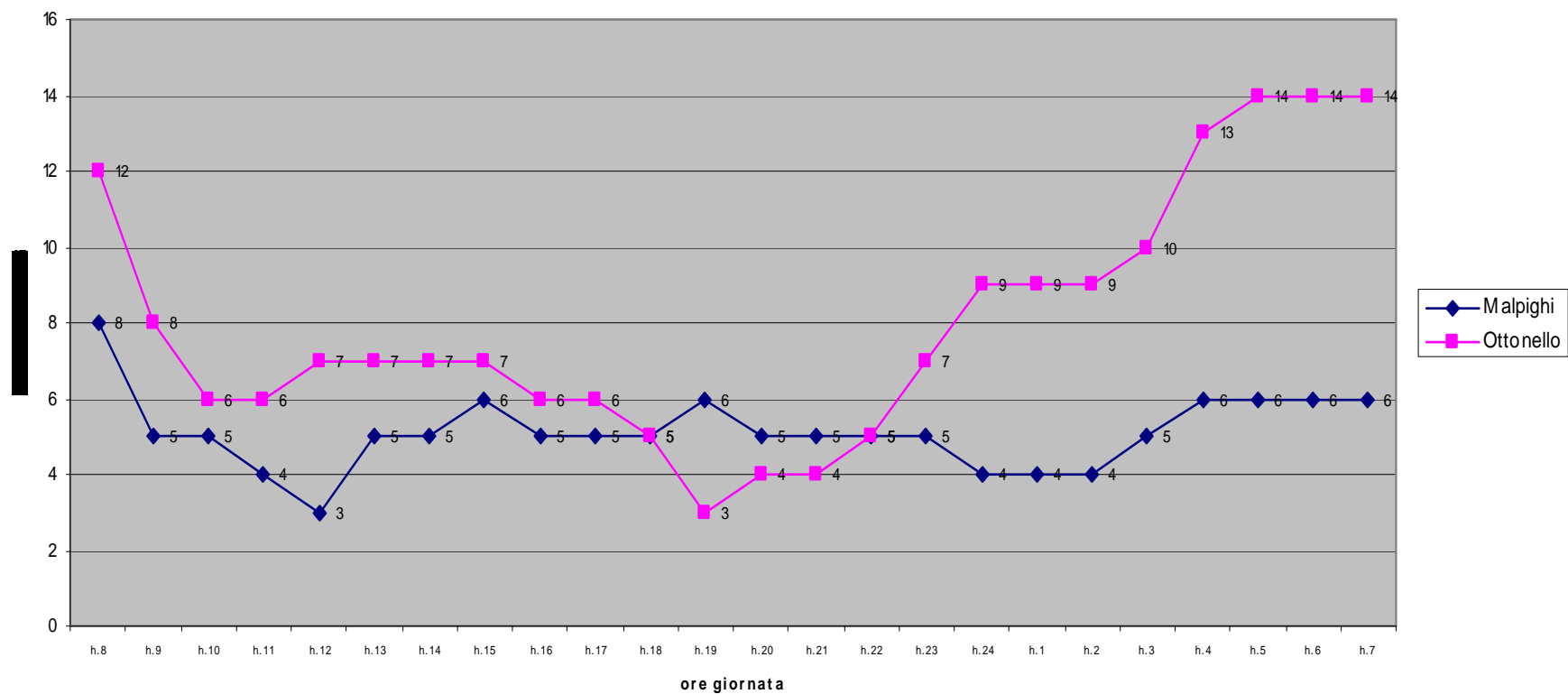
rapporto annuale alla RER:

- numero totale delle contenzioni effettuate,
- numero delle contenzioni prolungatesi oltre le 24 ore,
- date delle riunioni di verifica semestrale,
- eventi indesiderati occorsi durante la contenzione,
- ogni altro elemento utile al monitoraggio del fenomeno.

Numero contenzioni divise per sesso nel 1° semestre 2010

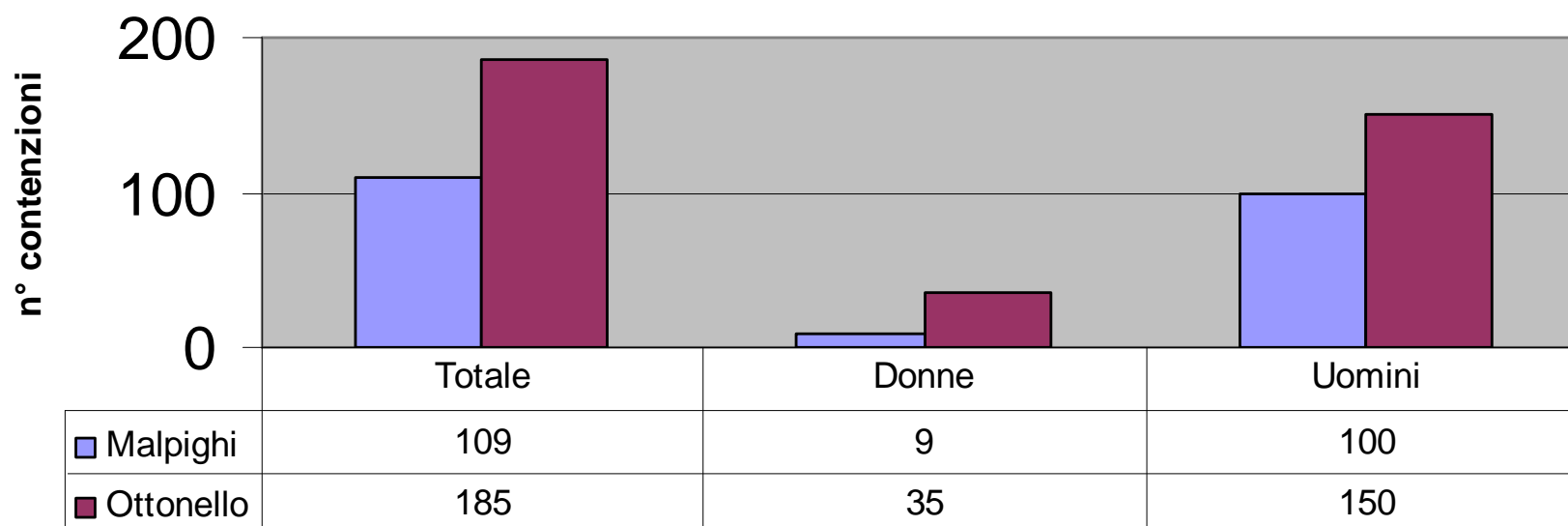


Distribuzione oraria delle contenzioni



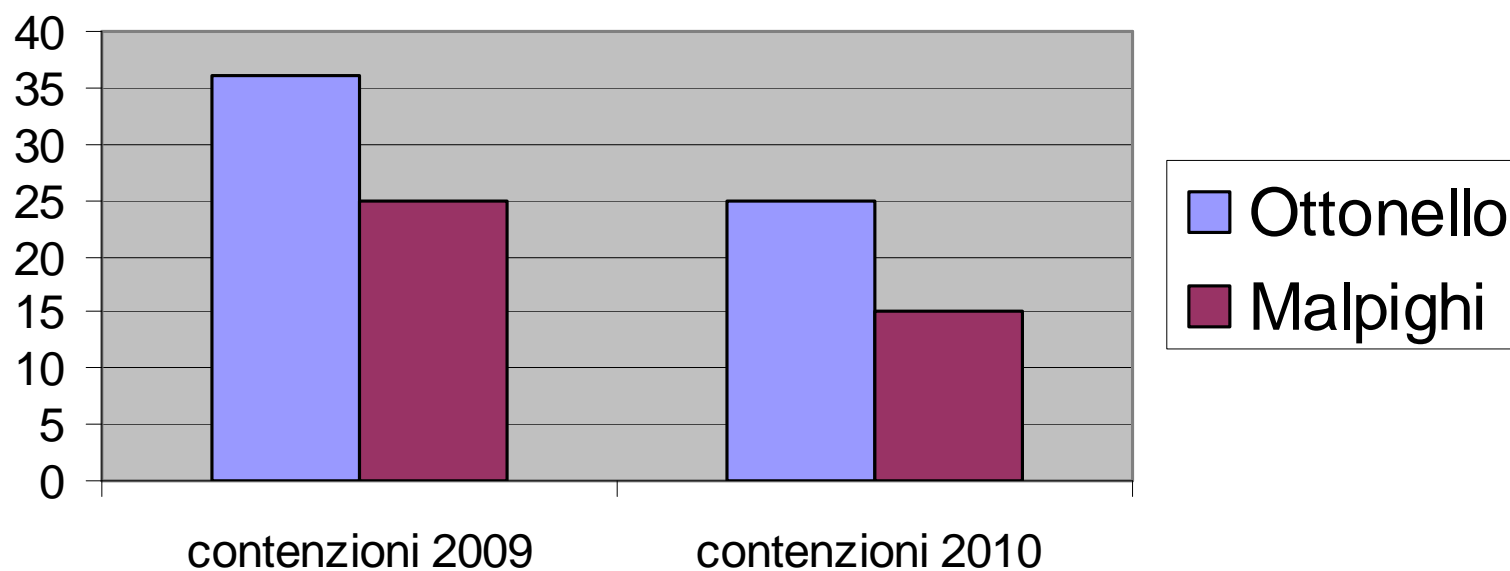


Ore di contenzione divise per sesso nel 1° semestre 2010



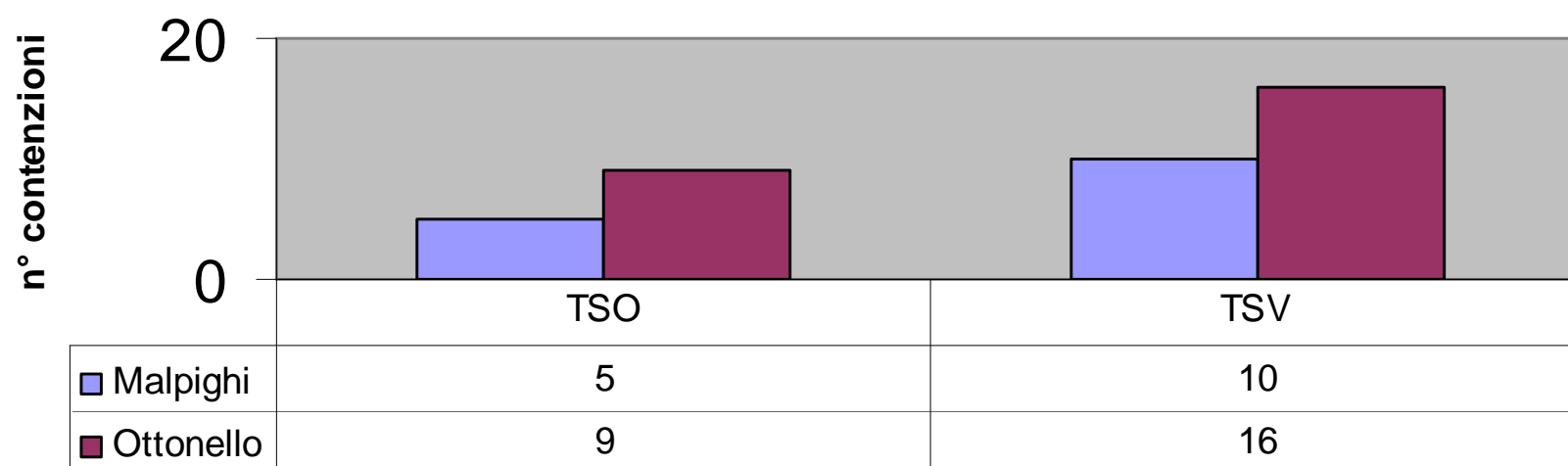


Raffronto contenzioni 2009 vs 2010 nei due SPDC area città

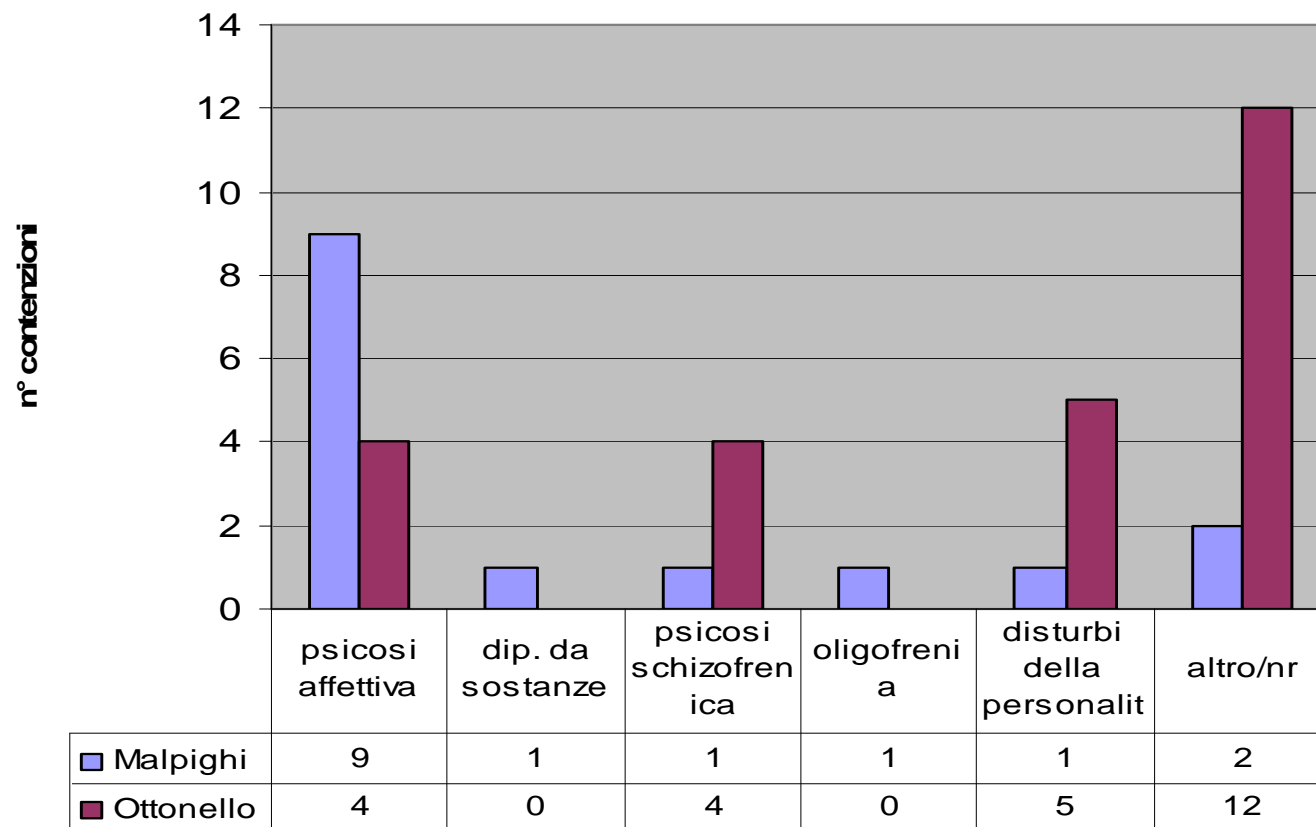




Tipologia del ricovero al momento della contenzione nel 1° semestre 2010

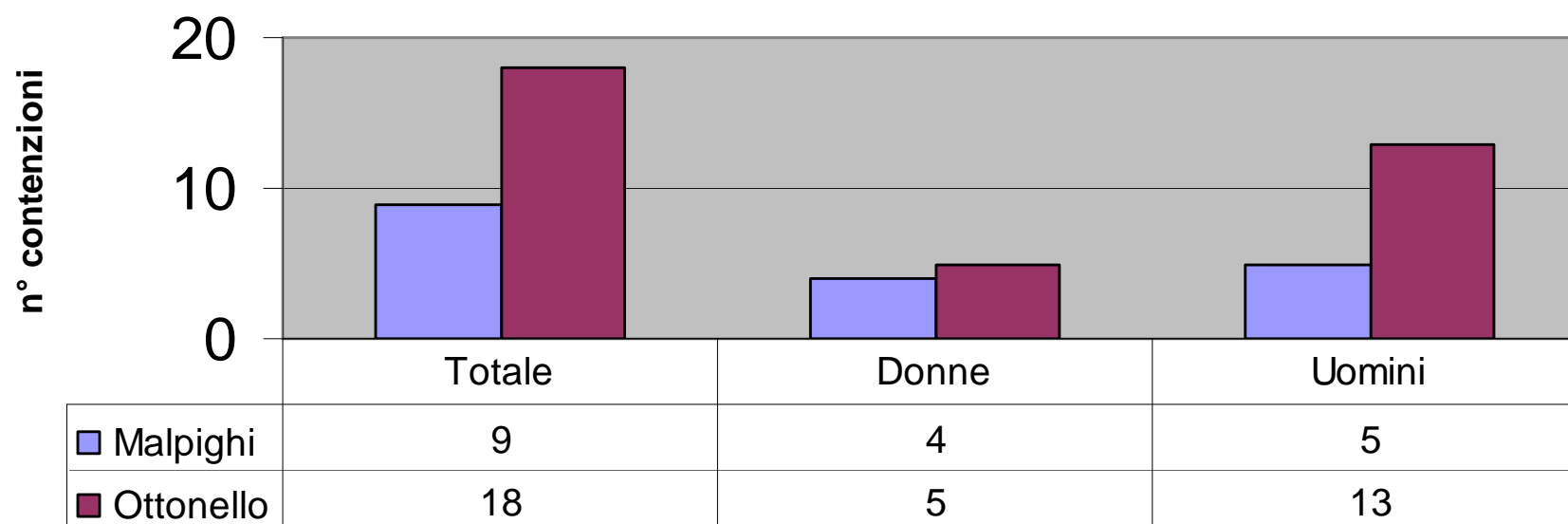


Categorie diagnostiche indicate nelle contenzioni del 1° semestre 2010

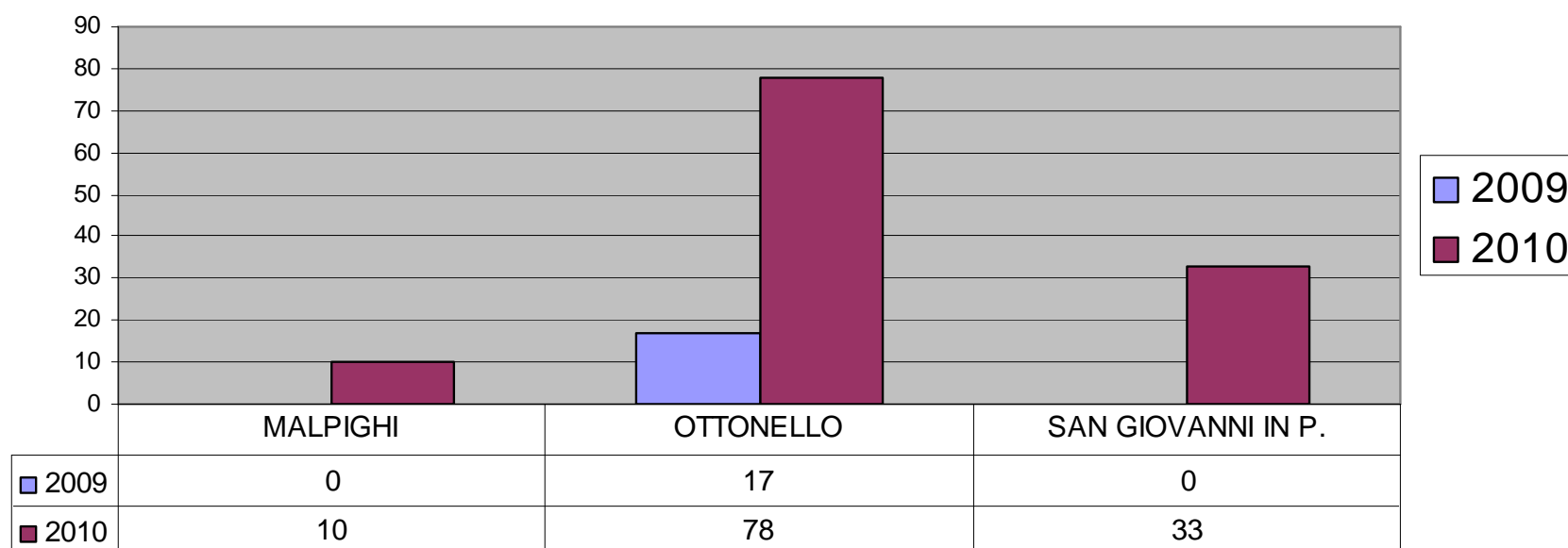




Numero utenti contenuti divisi per sesso nel 1° semestre 2010



INFORTUNI DEGLI OPERATORI IN SEGUITO AD AGGRESSIONE



RAPPORTO TRA INFORTUNI PER AGGRESSIONE E INFORTUNI SUL LAVORO NEL D.S.M.:
 2009 (IN GIORNI) → INF. PER AGGRESSIONE gg17 INF. DSM 1312 PARI AL 1,29%
 2010 (IN GIORNI) → INF. PER AGGRESSIONE gg121 INF. DSM 1422 PARI AL 8,50%
 NON SONO STATI REGISTRATI INFORTUNI SU PAZIENTI CONTENUTI

CONCLUSIONI

- NON SI EVIDENZIA UNA CORRELAZIONE DIRETTA TRA RIDUZIONE DELLE CONTENZIONI DEI PZ. E INFORTUNI DEGLI OPERATORI;
- SI EVIDENZIA UNA CORRELAZIONE TRA LA RIDUZIONE DEL NUMERO DEGLI INFORTUNI DEI PZ E IL MAGGIORE MONITORAGGIO ASSISTENZIALE;
- UN MONITORAGGIO COSTANTE E UN DATASET DI INFORMAZIONI COMUNI PERMETTE UN BENCHMARKING TRA I VARI SERVIZI E LA CONDIVISIONE DI PROCEDURE ASSISTENZIALI DESTINATE ALLA ADOZIONE DI BUONE PRATICHE IN PSICHIATRIA;
- LA RIDUZIONE DELLA CONTENZIONE IN PSICHIATRIA E' VEICOLATA DALL'APPROCCIO CULTURALE AL PROBLEMA E DA UNA COSTANTE FORMAZIONE AGLI OPERATORI SULLE TECNICHE DI DE – ESCALATION E MODALITA' DI CONFRONTO CON L'AGGRESSIVITA'.

Infermieristica della salute mentale



Corso di Laurea in infermieristica
A.A. 2016/2017
Dr. Gianfranco Preiti



- Un recente rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha fornito la stima mondiale di 1,43 milioni di persone/anno che muoiono sia da violenza autoinflitta o interpersonale (esclusi conflitto armato), con un numero molto maggiore di vittime di violenza non fatale, la maggior parte dei quali sono atti di aggressione non pianificati

World Health Organization: Third Milestones of a Global Campaign for Violence Prevention Report 2007: Scaling Up. Geneva, Switzerland, WHO, 2007

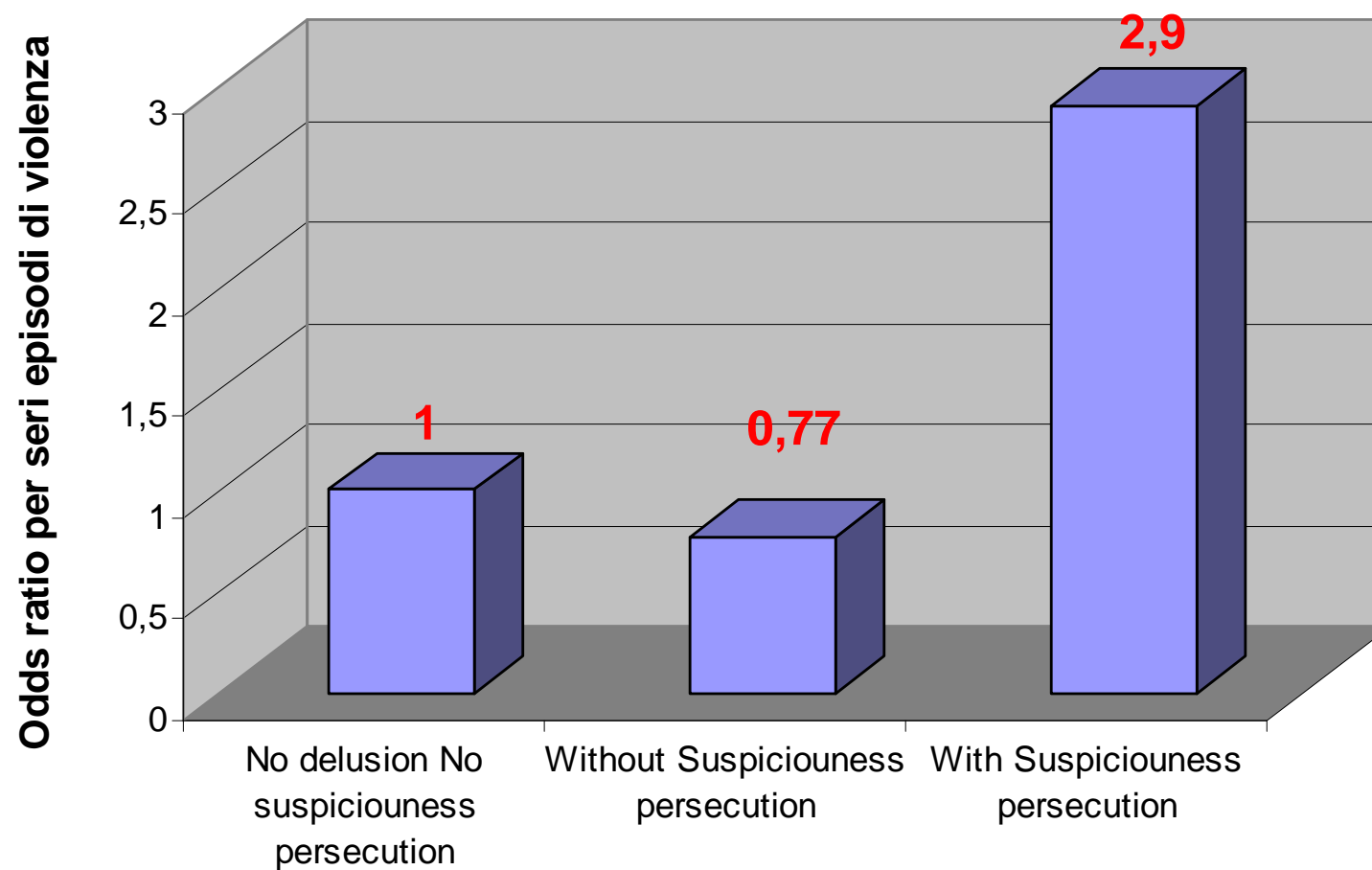
- Studi sulle coppie di gemelli e sulle famiglie suggeriscono che l'aggressività, soprattutto irritabile / impulsiva è sostanzialmente ereditaria (44% -72%) coerente con una meta-analisi di più di 20 studi sui gemelli. Interazioni gene-ambiente svolgono un ruolo importante in aggressività e nei comportamenti antisociali.

Fattori associati a rischio di violenza



- Giovane maschio
- Storia di comportamento violento
- Culturalmente prono alla violenza
- Uso precedente di armi
- Vita da strada
- Fattori scatenanti personali noti

Deliri, sospettosità/persecuzione e rischio di grave violenza:
Odd ratio



Progression to Violence



QUESTIONI RILEVANTI NEI REPARTI DI PSICHIATRIA

- personale dovrebbe conoscere le procedure da seguire per agevolare l'accesso protetto di un pz con un disturbo acuto;
- Dovrebbe essere addestrato nella valutazione del rischio, ed essere in grado di prevedere, prevenire e gestire la crisi;
- L'SPDC dovrebbe avere un regolamento scritto per la gestione della crisi, che dovrebbe includere informazioni su interventi psicologici e farmacologici e sulle circostanze nelle quali è necessario coinvolgere la polizia.
- Tale regolamento dovrebbe essere comunicato ai pz il prima possibile, subito dopo l'accesso.

QUESTIONI RILEVANTI NEI REPARTI DI PSICHIATRIA 2

- Moduli appositi dovrebbero essere compilati dopo ogni episodio di crisi. Questi moduli dovrebbero essere regolarmente esaminati e sottoposti a revisione.
- Dovrebbero essere dedicati tempo e risorse per incontri formali dopo gli episodi di crisi. Consulenze specialistiche potrebbero essere necessarie per le vittime di incidenti gravi.
- Dovrebbero essere disponibili delle unità sufficientemente preparate nella gestione di comportamenti gravi ad ogni livello.

- Idealmente, il pz dovrebbe essere valutato dal personale prima di accedere alla struttura, e andrebbe predisposto un piano di intervento;
- Tutto lo staff infermieristico dovrebbe essere allertato;
- Se il pz sta aspettando in un veicolo della polizia, dovrà restare lì fino a che lo staff non è pronto a riceverlo;
- Se non c'è uno spazio dedicato all'accoglienza, assicurare che l'edificio sia protetto;

- Allontanare tutti gli altri pz dall'aera dell'accoglienza.
- Assicurare che lo staff sia preparato, es un gruppo supplementare disponibile in caso di necessità. Decidere quali membri dello staff parleranno con i pz.
- Informare il personale medico e discutere eventuali interventi d'urgenza, es una visita medica se il pz è già sedato o una valutazione rapida se il pz è ancora molto turbato e necessita di essere sedato.

Osservazioni infermieristiche

Idealmente, prima dell'accesso, lo staff dovrebbe aver valutato il pz e aver elaborato un progetto terapeutico. Per l'accesso di nuovi pz, il livello di osservazione infermieristica dovrebbe essere concordato tra il medico inviante e l'infermiere coordinatore

Livelli di Osservazione

- Livello 1: **SUPERVISIONE NOMINALE**

Controllo costante della sistemazione del pz;

- Livello 2: **STRETTA SORVEGLIANZA**

Controllo della sistemazione del pz ogni 15 min o più;

- Livello 3: **CURE COSTANTI**

Presenza continua dello staff infermieristico per l'osservazione, garantendo privacy per i momenti in cui il pz va in bagno.

- Livello 4 : **OSSERVAZIONI INTENSIVE**

Presenza continuata dello staff infermieristico e osservazione visiva costante e diretta.

Garantire un ambiente sicuro

- Buona visibilità in tutte le aree del reparto
- Sistemi d'allarme facilmente accessibili in qualunque momento
- Risposta costante dello staff ai segnali d'allarme
- Minor numero possibile di oggetti mobili; quelli esistenti dovrebbero essere di misure contenute e materiali sicuri
- Organizzare attività strutturate (giochi, palestra, giardinaggio)

Sicurezza dello staff

- Durante un colloquio con un pz potenzialmente aggressivo, informare i colleghi sull'ubicazione e le modalità del colloquio;
- Tentare di condurre la valutazione medica e infermieristica in maniera congiunta, per tutelare chi conduce i colloqui e ridurre la stimolazione del pz;

Sicurezza dello staff 2

- Assicurare la presenza di sistemi d'allarme facilmente accessibili in ogni momento. Si potrebbe dotare lo staff di sistemi d'allarme personali, con cui allertare gli altri in caso di emergenza e indicare la posizione;
- Posizionarsi in un angolo, con il pz posto a distanza di sicurezza e il più vicino possibile all'uscita;
- Evitare di effettuare colloqui con il pz posizionato nel mezzo tra noi e la porta;
- Chiamare la polizia se necessario

Aspetti indicativi di un maggiore rischio di violenza

- **Precedenti episodi di violenza vs gli altri o vs di sé;**
- **Giovani maschi;**
- **Precedenti legali;**
- **Abuso di sostanze;**
- **Tratti di personalità antisociale, esplosiva o impulsiva;**
- **Scarsa compliance ai trattamenti;**
- **Legami con subculture inclini alla violenza;**
- **Manifestazioni di irrequietezza sociale o vagabondaggio;**
- **Presenza di fattori scatenanti (es. lutto);**
- **Contatto con persone nominate come possibili vittime**

Fattori di rischio associati alla STORIA DEMOGRAFICA O PERSONALE

- **PRECEDENTI AZIONI PERICOLOSE ED IMPULSIVE**
- **NEGAZIONE DI PRECEDENTI AZIONI PERICOLOSE NOTE**
- **DICHIARATE MINACCE DI VIOLENZA**
- **REPORT DEGLI ASSISTENTI**
- **UNO O PIÙ DEI FATTORI PRECEDENTI ASSOCIATO A:**
 - 1. VIOLENZA NEI CONFRONTI DI ANIMALI**
 - 2. GUIDA SPERICOLATA**
 - 3. PASSATO DI ENURESIS NOTTURNA**
 - 4. PERDITA DI UN GENITORE PRIMA DEGLI 8 ANNI**

Variabili cliniche

- **Abuso di alcool o di altre sostanze, a prescindere dalla diagnosi**
- **Sintomi in atto di schizofrenia o di mania, in particolare se:**
- **Deliri o allucinazioni sono focalizzate su una persona in particolare**
- **C'è un uno specifico coinvolgimento alla violenza**
- **Ci sono deliri di controllo in particolare con un motivo violento**
- **C'è agitazione, eccitamento, ostilità aperta o sospettosità**
- **Allucinazioni imperative**
- **Ridotta aderenza al trattamento proposto**
- **Tratti di personalità antisociale, esplosiva o impulsiva**
- **Disfunzioni organiche**
- **Effetti farmacologici (disinibizione, acatisia)**

Caratteristiche principali:

- **Precedenti episodi di violenza o aggressione, comportamenti aggressivi evidenti, precedenti penali;**
- **Ostilità, modalità dell'eloquio minacciosa, orgoglioso di abusi precedenti;**
- **Sospettosità, ideazione paranoide;**
- **Mania di controllo o allucinazioni con contenuti violenti;**
- **Scarso controllo degli impulsi;**
- **Espressione non verbale di ostilità, come un aumento dell'attività motoria, invasione dello spazio personale dell'altro, mimica facciale rabbiosa;**
- **Rifiuto a comunicare;**
- **Poca concentrazione e processi di pensiero non chiari;**
- **Possesso di un'arma**

Categorie del DSM-IV TR che includono violenza e aggressione

- 1. Disturbi legati all'alcool**
- 2. Intossicazione da anfetamine**
- 3. Intossicazione per inalazione**
- 4. Intossicazione da fenciclidine**
- 5. Disturbo antisociale di personalità**
- 6. Disturbo borderline di personalità**
- 7. Demenza**
- 8. Delirio**
- 9. Disturbo esplosivo intermittente**
- 10. Ritardo mentale**
- 11. Disturbo della condotta**
- 12. Disturbo oppositivo provocatorio**
- 13. Disturbo post-traumatico da stress**
- 14. Cambiamento di personalità dovuto a condizioni mediche generali, di tipo aggressivo**
- 15. Sadismo sessuale**
- 16. Schizofrenia, di tipo paranoide**

Alcuni fattori che inducono alla violenza nel SPDC

Sheridan et al. (1990) identificarono alcuni di questi fattori nella degenza che si applicano anche negli SPDC

Comprendono:

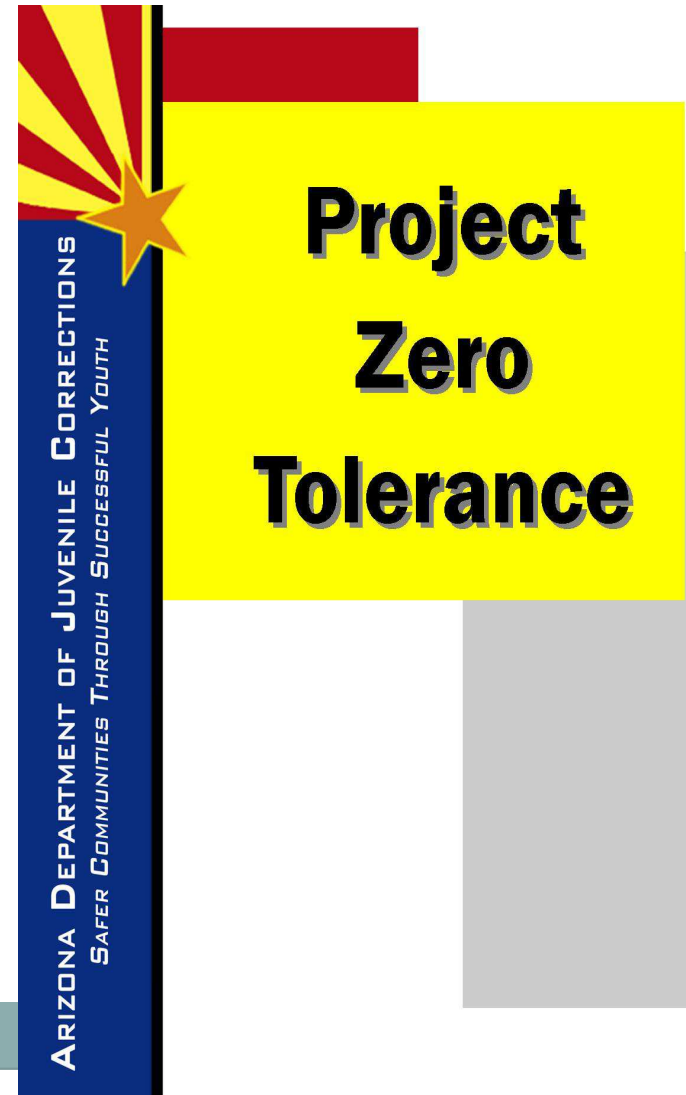
- Contrasti tra il paziente e lo staff (es. imposizione di limiti, negazione di privilegi)
- Contrasti con gli altri pazienti
- Problemi personali del paziente (es. soldi, famiglia, problemi sociali)
- Eventi interni al paziente (es. deliri, allucinazioni, confusione)

Fattori correlati:

- Eccitamento ipomaniacale;
- Stati confusionali;
- Comportamento problematico spiegato da fattori psichiatrici o psicologici;
- Finalizzato chiaramente a comportamenti aggressivi o problematici

Fattori scatenanti episodi di violenza sulla sorveglianza:

- Imposizione di regole troppo rigide (tolleranza zero);
- Rifiuto delle richieste del pz;
- Atteggiamenti irritabili e ostili dello staff.



Caratteristiche dello staff correlate agli incidenti:

- Equilibrio dello staff;
- Addestramento (i giovani non addestrati sono più facilmente vittime di episodi violenti);
- Leadership inadeguata;
- Risorse insufficienti.

Fattori ambientali:

- Accessibilità alle armi;
- Mancanza d'aria;
- Assenza di privacy;
- Ambiente troppo caldo o troppo freddo;
- Ambiente poco curato;
- Angoli nascosti nel fabbricato;
- Sovraffollamento;
- Divisione dei ruoli poco chiara all'interno dello staff;
- Attività non strutturate;
- Sovraeccitazione;
- Clima autoritario.

Cause mediche:

- Ferite alla testa con lesioni vascolari, specialmente ematoma subdurale;
- Delirium tremens;
- Intossicazione da droghe o alcool;
- Overdose di farmaci prescritti (es. anticolinergici);
- Meningite;
- Encefalite;
- Ipoglicemia;
- Diminuita ossigenazione cerebrale (vascolare, metabolica o endocrina);
- Encefalopatia ipertensiva;
- Encefalopatia di Wernicke;
- Epilessia del lobo temporale;
- Condizioni neoplastiche;
- Demenza.

Esame degli stati mentali:

- Evidenza di sintomi minaccia/controllo, in particolare manie di persecuzione e passività;
- Emozioni correlate alla violenza, come irritabilità, rabbia, ostilità e sospettosità;
- Erotomania o gelosia morbosa;
- Falsi riconoscimenti;
- Allucinazioni imperative.

Possiamo sospettare una sindrome cerebrale organica acuta (delirium) se sono presenti:

- Disorientamento (specialmente se peggiora durante la notte);
- Annebbiamento della coscienza;
- Anomalie nei parametri vitali;
- Nessun precedente psichiatrico (soprattutto se il pz ha più di 40 anni);
- Allucinazioni visive.

Rischio suicidario

DEPRESSIONE:

Maschi

Anziani

Single

Separati

Socialmente isolati

Precedenti tentativi di suicidio/ gesti autolesivi

Insonnia/Ipersomnia

Trascuratezza

Deterioramento della memoria

Agitazione

Colpa

Visione negativa del futuro

Depressione grave

SCHIZOFRENIA:

Maschi

Giovani

Socialmente isolati

Disoccupati

Precedenti tentativi di suicidio/ gesti
autolesivi

Episodi depressivi

Malattia grave e ricorrente

Sospetto e timore di deterioramento
mentale

ALCOLISMO:

Maschi

40-60 anni

Depressione

Disoccupati

Precedenti tentativi di suicidio/ gesti
autolesivi

Lutti

Salute fisica compromessa

Linee guida nella gestione dei comportamenti disturbati :

- L'SPDC dovrebbe avere delle linee guida su come gestire le aggressioni;
- Lo staff dovrebbe essere addestrato nella gestione delle aggressioni;
- Dei verbali dovrebbero essere compilati per tutti gli episodi;
- Questi verbali dovrebbero essere regolarmente analizzati e verificati dallo staff;
- Tempo e risorse sufficienti per colloqui formali dopo gli episodi;
- Fornire spazio e risorse per terapie specialistiche per le vittime di incidenti gravi;
- Il team multidisciplinare dovrebbe avere una supervisione quei pz che mostrano ripetuti episodi di comportamenti disturbati;

Linee guida nella gestione dei comportamenti disturbati :

- Le regole reparto progettato per i pz in merito alle condotte aggressive, va comunicato il prima possibile dopo l'accesso;
- Dovrebbero essere predisposti dei gruppi di gestione della rabbia per i pz;
- Assicurare che lo staff comprenda ed abbia esperienza nella valutazione del rischio;
- Assicurare che ci sia una buona cooperazione con i servizi sociali;
- Garantire una buona comunicazione tra esterno e interno del reparto
- Garantire un sufficiente numero di unità per gestire i comportamenti disturbati, es unità di cura intensiva con uno staff formato alla valutazione e gestione del pz con disturbo grave.

DE- ESCALATION

- Riconoscere la violenza e comprenderne le cause;
- Migliorare la consapevolezza degli obiettivi dello staff e dell'utenza;
- L'impatto dell'ambiente sociale e materiale;
- Informazione culturale, diversità e uguaglianza razziale;
- De-escalation e comunicazione;
- Problem-solving e valutazione del rischio;
- Questioni legali ed etiche;
- L'importanza di riflettere sul post incidente, per trarne un insegnamento.

PRINCIPI DELLA COMUNICAZIONE NON VERBALE

- Posizionare il corpo in modo da comunicare lateralmente con il pz;
- Essere consapevoli della propria postura; evitare posizioni che possano suggerire un atteggiamento di chiusura o autorità;
- Tentare di comunicare allo stesso livello del pz (es. seduti o in piedi);
- Controllare la propria mimica facciale, assicurarsi che sia coerente con i contenuti espressi;

PRINCIPI

DELLA COMUNICAZIONE

NON VERBALE

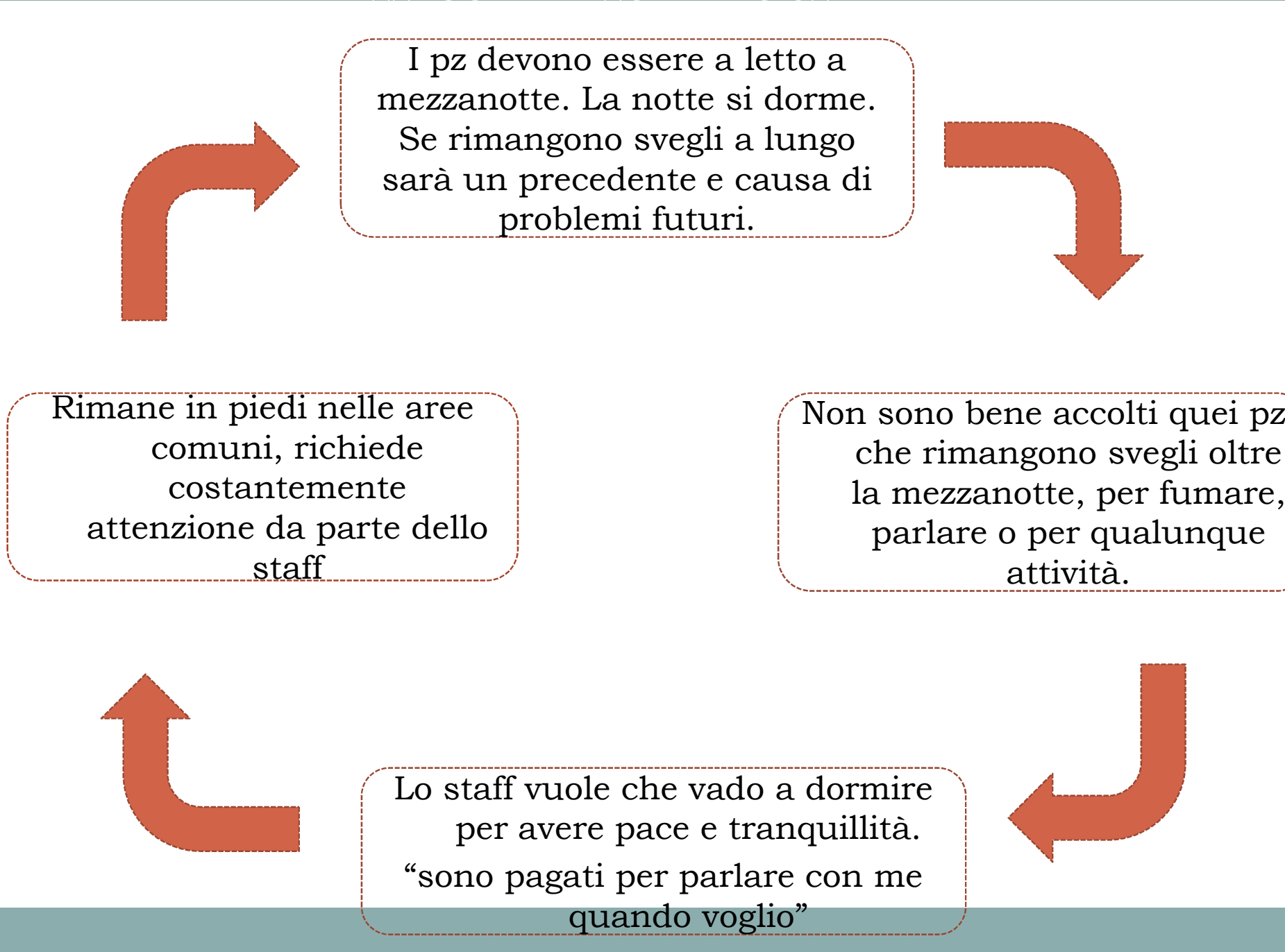
- La distanza tra i soggetti deve essere di 1 metro; può essere necessario aumentarla di 3 volte in risposta ad una aggressione verbale; al diminuire della risposta aggressiva potrà diminuire anche la distanza;
- Evitare il contatto fisico con il pz; quando la situazione è calma, cercare segnali verbali e non che consentano il contatto;
- Essere consapevoli del contatto visivo; mantenere lo stesso contatto visivo che si avrebbe con una persona non aggressiva; evitare sguardi intimidatori;

PRINCIPI DELLA COMUNICAZIONE VERBALE

- Utilizzare un tono di voce calmo, caldo e chiaro. Può essere alterato in modo appropriato per esprimere energia nella conversazione;
- Se non è già stata instaurata una relazione, presentarsi il prima possibile. Questo inibirà eventuali attacchi;
- Nella prima fase della de-escalation, chiedere fatti specifici, evitando esposizioni lunghe e complicate;
- Evitare il confronto personale restando concentrati sui problemi più vicini, evitando attacchi a livello personale;
-

PRINCIPI DELLA COMUNICAZIONE VERBALE

- Nella prima fase della de-escalation, non perdere di vista il problema principale, anche se il pz sta parlando d'altro;
- Evitare atteggiamenti tipo “passare la patata bollente”
Mostrarsi come qualcuno che è in grado di risolvere il problema, anche se ciò significa che la soluzione finale dipende da altri
- Evitare un linguaggio gergale;
- Enfatizzare l'impatto sociale del comportamento del pz;
- Definirsi come colui che è lì per aiutarlo, non per reprimerlo;
- Mantenere la comunicazione fluida e centrata sul problema;
- Ci sono limiti a ciò che può essere raggiunto verbalmente.



I pz devono essere a letto a mezzanotte. La notte si dorme. Se rimangono svegli a lungo sarà un precedente e causa di problemi futuri.

Rimane in piedi nelle aree comuni, richiede costantemente attenzione da parte dello staff

Non sono bene accolti quei pz che rimangono svegli oltre la mezzanotte, per fumare, parlare o per qualunque attività.

Lo staff vuole che vado a dormire per avere pace e tranquillità. "sono pagati per parlare con me quando voglio"

Requisiti per una de-escalation efficace

- Buona capacità di ascolto
- Comprensione empatica
- Effettiva capacità di problem solving
- Assertività
- Capacità di mantenere la calma e il controllo

Comunicazione efficace

- Essa è definita come il passaggio di informazioni, che è compreso reciprocamente tra due persone, e ciò si manifesta nel tipo di comportamento che assumono entrambe, dimostrando di aver capito.
- Deve essere dato il tempo sufficiente per compiere la missione – Non abbiate fretta!

Comunicazione

- 7% della comunicazione è **verbale**
- 93% della comunicazione **non** è espressa con **parole parlate**

Linguaggio del corpo- Cinesica

- **Contatto visivo**
- **Gestualità(es. , stringere i pugni)**
- **Postura**
- **Posizione del corpo nello spazio**
- **Espressioni facciali**
- **Incrociare le braccia**

Ascolto efficace

- **Ascoltare per il significato complessivo**
- **Rispondere e concentrarsi su ciò che l'utente sta dicendo - bloccare le distrazioni**
- **Riflettere le dichiarazioni** mostra che si sta ascoltando
- **Essere sinceri e leali trasmetterà comprensione**

Ascolto attivo

- **Minimi incoraggiamenti – brevi risposte (suoni) che indicano presenza ed ascolto**
 - Utilizzato al meglio quando gli utenti parlano e tentano di esprimersi.
 - *“Uh-huh . . . Okay . . . Sì . . . Davvero . . .”*
- **Per questi motivi per essere efficaci, si deve essere sinceri**

Tecniche di ascolto attivo

- Introduzione
- “I” Statements
- Ribadire
- Rispecchiare e Riflettere
- Parafrasare e Riassumere

Introdursi

- **Introdurre sé stessi**
 - *“Buongiorno”/”Buon pomeriggio”; “Io sono...”*
 - *“Come si chiama / come ti chiami?”*
 - **L’introduzione promuove la comunicazione**
- **Essere preparati a spiegare le motivazioni per cui si è lì**

“I” Statements

- Queste dichiarazioni riflettono cosa si sta vedendo e sentendo.
 - *“Noto che sei/è turbato/arrabbiato.”*
 - *“Sento dalla tua/sua voce che sei/è _____.”*
 - *“Sono qui per aiutarTi/La.”/“Voglio aiutarTi/La.”*
 - *“Ti/La proteggerò.”*
 - *“Mi preoccupa. . . Ho tempo. . . Sto ascoltando. . .”*
 - *“Apprezzo il tuo/suo aiuto e la tua/sua collaborazione.”*
- Queste dichiarazioni trasmettono ascolto, partecipazione, comprensione ed interessamento.

Riflettere / Rispecchiare le dichiarazioni

- **Riflettere** i sentimenti dell' utente
- Concludere ripetendo le ultime poche parole
 - Utente: *“Sono stanco di non essere ascoltato e questo mi fa arrabbiare.”*

Tu: *“Ti /La fa arrabbiare.”*

Riassumere /Parafrasare le dichiarazioni

- **Ribadire le informazioni o le precedenti dichiarazioni con parole vostre**
- **Queste dichiarazioni devono comprendere i punti principali del contenuto precedente**
 - *“Va bene, dunque ciò che mi hai/ha detto è che. . . , e provi/a. . . Ho capito bene?”* -

Domande aperte

- Queste domande non possono avere come risposta un semplice “sì” o “no”
- Evitare di utilizzare la domanda con il “*Perché?*” - potrebbe portare ad un atteggiamento difensivo
- Questi tipi di domande possono favorire l’acquisizione di ulteriori informazioni, e possono aiutare a determinare se il paziente sia in contatto con la realtà

“Dimmi di/ mi dica di. . .” “Cos’altro. . .?” “Quando è accaduto?”

Domande chiuse

- **Aiutano ad ottenere un impegno**
 - Iniziare con la domanda, *“Sei tu/ E’ lei. . .?”* o *“Pensi/a che. . .?”* o *“Sarai/ à. . .?”*
- **Possono anche facilitare la richiesta di informazioni specifiche**
 - *“Stai/sta pensando di ferirti/si?”*
 - *“Mi permetterai/ permetterà di aiutarti/la?”*

Non discutere con l'utente!

- L'utente ha il diritto di dire e provare i sentimenti che desidera
- Non “credere” alle illusioni – Rinviare la questione nel modo migliore possibile
- Essere cortese, usando parole come "*per favore*" e "*grazie*"
- Non prendere le parole e le azioni dell'utente sul personale
- Essere flessibile e utilizzare le abilità di ascolto

Comportamenti da evitare

- **Evitare di usare le domande con il “Perchè?”**
- **Non permettere che i sentimenti interferiscano con la propria professionalità, e concentrarsi sempre sul comportamento che si desidera da parte dell’utente**
- **Evitare di parlare ad alta voce quando non è necessario**
- **Non perdere di vista le proprie abilità di sicurezza**
- **Non abbiate fretta – avete tempo**
- **Evitare di lasciarsi intimidire da altri colleghi che pensate sappiano più di voi – Usateli per supportarvi**

Training

- “Se non ne fai uso, lo perderai!”
- Tenersi aggiornato e rinfrescato sulla formazione
- Sicurezza al primo posto.

La de-escalation non funzionerà nel 100% del tempo

- Ricordare sempre la ragione per cui si è entrati in una équipe di ospedale.

Riassumendo...

- Introduzione
- “I” Statements
- Ribadire
- Rispecchiare e Riflettere
- Parafrasare e Riassumere le dichiarazioni

Gestione della aggressività

- La maggior parte delle situazioni dove si ritrova un potenziale rischio di violenza può essere gestita attraverso la comunicazione verbale.
- Aggressione: ogni comportamento che è percepito dalla vittima come deliberatamente lesivo e dannoso sia psicologicamente che fisicamente
Goal: Prevenzione della escalation dell'aggressività in una reale violenza fisica.

Gestione della aggressività

Le persone possono diventare aggressive per un alto numero di motivi come:

- ✦ Frustrazione
- ✦ Disperazione
- ✦ Umiliazione
- ✦ Immaturità
- ✦ Eccitamento
- ✦ Comportamento appreso
- ✦ Reputazione
- ✦ Per porre fine a qualcosa
- ✦ Valori
- ✦ Disturbi Mentali (Paranoia, psicosi, deliri)

Gestione della aggressività

- Segnali di aggressione:

- Alzarsi in piedi
- Volto rosso o paonazzo
- Voce alta
- Respiro rapido
- Contatto oculare diretto e prolungato
- Gestualità esagerata
- Tensione muscolare



Gestione della aggressività

Segni addizionali di aggressione:

- Ogni cambiamento del comportamento che varia da ciò che è normale per quella persona
- Clenched fists
- Focusing/narrowing of the gaze
- Tensione muscoli del volto e della mandibola
- Aumento della agitazione progressivo

Gestione della aggressività

Quando si è di fronte ad un comportamento aggressivo è necessario fare assessment del rischio di violenza considerando:

- Il soggetto sta affrontando un alto livello di stress in questo periodo? (es. Perdita del lavoro, pendenze giudiziarie)
- Il soggetto appare sotto effetto di alcool e/o droghe?
- Il soggetto ha una storia di violenza?
- Il soggetto ha una storia di malattia psichiatrica?
- Il soggetto ha mai aggredito lo staff verbalmente in passato?
- Il soggetto ha mai minacciato lo staff con comportamenti violenti?

Comunicazione

Comunicazione: Processo a due vie:

interazione verbale (ascoltare, parlare),

Interazione non verbale

Interazione (Interpretazione e abilità di osservazione:
osservare e vedere).

Comunicazione

Minimizzare I problemi di comunicazione:

- Usa un linguaggio appropriato per quella persona (usa il suo linguaggio se possibile; usa un interprete se necessario)
- Utilizza il giusto tempo per comunicare
- Verifica di aver ben capito
- Incoraggia e dai riscontri a ciò che è stato detto
- La conversazione dovrebbe avvenire in un luogo idoneo (per quanto possibile)

Comunicazione

Interferenze comuni per una comunicazione efficace:

- Rumore
- Linguaggio /idioma
- Percezione e pregiudizio
- Intrusione nello spazio personale

Comunicazione

Non riusciremo necessariamente ad evitare o a superare tutte queste barriere ma dobbiamo tentare tutte le strade per rendere minime queste interferenze.

Comunicazione

Rumore:

- Maggior distrazione
- Difficile portare avanti una discussione in un contesto rumoroso
- Parlare ad alta voce potrebbe essere interpretato come atteggiamento minaccioso

Comunicazione

Linguaggio:

- Esprimiti nel modo più diretto possibile
- Evita linguaggio ad alta pregnanza emotiva (soprattutto le parole usate per creare un impatto o una risposta emotiva)
- Evita parole senza significato o troppo allusive
- Se il soggetto parla un'altra lingua chiedi aiuto ad un interprete

Comunicazione

- Percezione e pregiudizio
 - Riconoscere i nostri pregiudizi
 - Lavorare con i pregiudizi altrui
 - Mantenere un atteggiamento professionale (senza segnalare il nostro rango e responsabilità ma solo il nostro ruolo)
 - Non permettere alò nostro pregiudizio di influenzare la nostra comunicazione

Comunicazione

Intrusione nello spazio personale:

- Evita di stare troppo vicino
- L'ospazio necessario differisce in base al genere alla cultura alla familiarità, all'umore, ecc.
- Stare troppo vicini ad una persona rabbiosa può far sentire la persona insicura, e rendere TE STESSO molto insicuro.

Comunicazione

Comunicazione Non-verbale

Lo staff deve essere consapevole dei messaggi non verbali che mostrano cosa una persona sta provando o potrebbe rispondere, e dovrebbe mettere in pratica tecniche di comunicazione non verbale per dissolvere situazioni potenzialmente violente.

DeEscalation: Prevention Steps

#1 RICONOSCERE:

- La rabbia è una scelta di un range di comportamenti che potrebbero essere usati in situazioni di emergenza.
- E' un comportamento che può dare beneficio a chi lo mette in atto.
- La rabbia può far ricevere ad un soggetto l'attenzione di cui necessita, come anche di evitare cose che non sono desiderate, e avere il controllo degli altri o della situazione
- Far sentire importanti proprio quando si sentono insignificanti

DeEscalation Prevention Steps

#2

La persona che interagisce con un soggetto rabbioso dovrebbe essere in grado di identificare le proprie emozioni in ogni momento. Se l'operatore è anche esso rabbioso non sarà efficace nella gestione del comportamento aggressivo. Anzi!!!

DeEscalation Prevention Steps

#3

Quando l'operatore percepisce rabbia, dovrebbe essere in grado di modificare ciò che stava facendo o pensando per porre sotto controllo il proprio stato emotivo o chiedere aiuto o assistenza per gestire la situazione.

DeEscalation Prevention Steps

#4

Effettua un rapido self assessment:

Posso evitare di criticare e di evidenziare errori con la persona arrabbiata?

Posso evitare di essere giudicante?

Posso evitare il conflitto?

Posso provare a vedere la situazione dal punto di vista della persona arrabbiata o di comprendere il bisogno che sta cercando di soddisfare?

Mi ricordo che il mio compito è quello di mantenere la pace e tutelare pazienti e il personale?

DeEscalation Prevention Steps

#5

- Riconoscere i segni di allarme: molti incidenti possono essere evitati riconoscendo sottili cambiamenti nel comportamento.
 - Le persone tranquille possono diventare agitate
- Commentando le modificazioni si può aprire la conversazione e ridurre al minimo la frustrazione / e l' accumulo

Strategie di sdrammatizzazione

Prima che qualsiasi altra cosa succeda:
Il personale dovrebbe cercare di sdrammatizzare la
situazione

Le persone che sono fuori controllo sono sotto
l'influenza di “cocktail adrenalinici”

Non fare nulla di degenerare stato d'animo

Essere pronti a difendersi

Strategie di sdrammatizzazione

Cerca di :

Apparire fiducioso

Mostra calma

Creare uno spazio

Parla lentamente, con dolcezza e chiaramente

Abbassa la voce

Evitare di guardare

Evitare di discutere e di confrontarsi

Dimostra che si sta ascoltando

Calma la persona, prima rassicuralo del fatto che è ascoltato
poi di tenta di risolvere il problema

Strategie di sdrammatizzazione

Adottare una postura del corpo non minacciosa:

- Utilizzare una calma, la postura aperta (seduto o in piedi)

- Ridurre il contatto visivo diretto (può essere preso come una sfida)

- Permettere al soggetto un adeguato spazio personale

- Tenere entrambe le mani visibili

- Evitare i movimenti bruschi che possono spaventare o essere percepiti come un attacco

- Evitare il pubblico (quando possibile) - il pubblico può aggravare la situazione)

Tecniche De-escalation

Da FARE :

Dare istruzioni chiare, brevi, assertive

Spiegare il vostro scopo o intenzione

Negoziare le possibili opzioni

Evitare i rischi

Muoversi verso un luogo "sicuro" (vale a dire evitare di essere intrappolati in un angolo)

Tecniche De-escalation

DA FARE

Essere certi che la vostra comunicazione non è non minacciosa:

Considerare quali sono le tecniche appropriate per la situazione

Fare attenzione a stimoli non-verbali (cioè il contatto visivo)

Aumentare lo spazio rispetto al normale

Essere consapevoli del proprio comportamento non verbale (postura e il contatto visivo)

Dimostra calma, autocontrollo e sicuro senza essere sprezzante o troppo soft

Tecniche De-escalation

- Tecnica # 1: semplice ascolto
A volte tutto una persona arrabbiata ha bisogno è qualcuno che si prenda il tempo necessario per consentire loro di sfogare rabbia e frustrazioni. Basta ascoltare quello che lui / lei sta dicendo, dare feed back(vale a dire uh-huh, sì, vai avanti, ecc.)

Tecniche De-escalation

- Tecnica # 2: Ascolto Attivo
ovvero ... In realtà il tentativo di ascoltare, riconoscere e capire che cosa una persona sta dicendo. Un vero e proprio tentativo di porsi dalla prospettiva degli altri. Ascoltare ... non solo per le parole, ma l'emozione di fondo così come il linguaggio del corpo

Tecniche De-escalation

- Tecnica # 3: riconoscimento
... Si verifica quando l'ascoltatore sta tentando di percepire l'emozione sottostante le parole di una persona sta usando e poi i commenti su tale emozione. Condividere e comprendere ciò che una persona sente aiuta la persona a risolvere quel sentimento.

Tecniche De-escalation

- Tecnica # 4: Tollera il silenzio
... Anche se molti trovano il silenzio insopportabile, a volte per la persona arrabbiata potrebbe essere necessario del tempo per riflettere e pensare

Tecniche De-escalation

- Tecnica # 5: Accordarsi
... Spesso quando le persone sono arrabbiate per qualcosa, c'è qualcosa di vero in quello che stanno dicendo. Quando si tenta di attenuare la rabbia di qualcuno, è importante concordare su un punto in cui il soggetto ha ragione

Tecniche De-escalation

- Tecnica # 6: Scusarsi
... Un'ottima abilità di de-escalation... Non per un immaginario errore, ma delle scuse sincere per qualcosa che in quella situazione è stata ingiusta, un riconoscimento semplice che ciò è successo non era giusto o equo. E' possibile chiedere scusa senza accettare la colpa.

Tecniche De-escalation

- Tecnica # 7: Invitare alla critica
L'abilità finale ... L'ascoltatore dovrebbe semplicemente chiedere alla persona arrabbiata per esprimere la sua critica di chi ascolta (cosa sto facendo male che ti rende così arrabbiata con me?. Non trattenere nulla voglio sentir tutto ciò per cui sei arrabbiato).

Tecniche De-escalation

Tecnica # 8: Sviluppare un piano

Avere un piano prima che sia necessario. Pensate alle opzioni di ciò che si può fare prima che una tale circostanza si verifichi. Le decisioni prese prima che una crisi si manifesti hanno maggiori probabilità di essere più efficaci / razionali di quelle pensate "on the fly".

Tecniche De-escalation

- QUANDO NULLA FUNZIONA
Ci possono essere occasioni, in particolare con i pazienti psichiatrici, quando l'ascolto non ha alcun risultato.
- A questo punto la tua personale sicurezza e la sicurezza degli altri deve essere sempre di primaria importanza

Strategie di sdrammatizzazione

NON MINACCIATE NULLA fino a che non siate pronti a compiere il passo successivo:

Una volta che avete fatto una minaccia, o dato un ultimatum, si è cessato tutte le trattative e vi siete posti in una posizione vincitori/vinti

De-escalation Fine

- De-escalation è una abilità molto difficile.
Non si può sempre salvaguardare il proprio orgoglio e autostima.
Devi essere in grado di controllare la tua rabbia.
Devi essere in grado di vedere il quadro in modo più ampio.
Dovete essere disposti a mettere in pratica ciò che hai imparato.

Gestire il post-aggressione:

Dopo ogni episodio di violenza, organizzare incontri formali centrati su aspetti pratici ed emotivi rilevanti;

Critica: necessità di fornire sostegno e rassicurazioni alle vittime (Rick et al.1998);

Se aggrediti, gli specialisti dovrebbero tornare al lavoro il prima possibile;

Utilità di una consulenza esterna per i casi più gravi;

Nei casi più gravi, priorità assoluta alla tutela dei soggetti coinvolti;

Compilare un verbale dettagliato dell'episodio per comprenderne cause, contesto e conseguenze.

Condotta successiva ad un episodio di violenza dal punto di vista della vittima:

- Riconoscere di aver esperito sintomi stressanti, con la consapevolezza che questi sintomi possono durare diverse ore;
- Non diventare impotente, essere chiaro su ciò di cui si ha bisogno per ricevere un sostegno;
- Non colpevolizzarsi, ma imparare dall'esperienza avuta;
- Tornare al lavoro il prima possibile;
- Accettare le indagini amministrative necessarie;
- Seguire con cura le procedure;
- Assicurarsi un sostegno, sia formale che informale.

Cosa devono fare amici e colleghi:

- Rassicurare la vittima in maniera incondizionata ogni qualvolta ne avverta il bisogno;
- Mostrarsi disponibili per parlare in ogni momento;
- Rassicurare la famiglia della vittima e assicurarsi che la vittima non sia lasciata da sola dopo il lavoro;
- Aiutare la vittima a metabolizzare l'esperienza e a circoscriverla;
- Non trattare la vittima come se avesse una malattia infettiva.

Quando denunciare il pz

Aspetti da considerare:

- Stato mentale del pz;
- Capacità di intendere;
- Aumento della pericolosità;
- Effetto positivo sul pz;
- Percezione della necessità di un luogo più sicuro.